

PRÉVENTION DES ERREURS MÉDICAMENTEUSES EN REANIMATION

SESSION PARAMÉDICALE : *MÉDICAMENTS & RÉANIMATION*

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

07/12/2023

CAROLE PAILLET - PHARMACIEN

www.chu-lyon.fr

UN PEU DE THÉORIE, DE QUOI PARLE-T-ON?

DÉFINITION DE L'ERREUR MÉDICAMENTEUSE

- Erreur non intentionnelle d'un professionnel de santé, d'un patient ou d'un tiers, selon le cas, survenue au cours du processus de soin impliquant un médicament ou un produit de santé mentionné à l'article R. 5121-150 du CSP, notamment lors de la prescription, de la dispensation ou de l'administration.
- Ecart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge médicamenteuse du patient **donc EVITABLE par définition**
- Elle peut trouver sa source :
 - Dans une mauvaise conception du médicament et de l'information
 - Dans l'organisation systémique du processus de prise en charge thérapeutique du patient

LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES EN CHIFFRES

1 PATIENT /20

Est exposé à des dommages évitables liés aux médicaments

50%

Des préjudices évitables sont liés aux médicaments

11%

De l'ensemble des erreurs sont liées aux curares (HAS 2017-2019)

3ÈME

Cause des EIGS avec majoritairement des erreurs dans le calcul des doses (EIGS 2018)

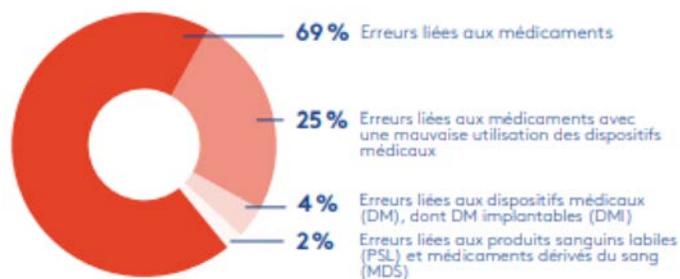
42 MILLIARDS DE DOLLARS/AN

Coût mondial associé aux erreurs médicamenteuses

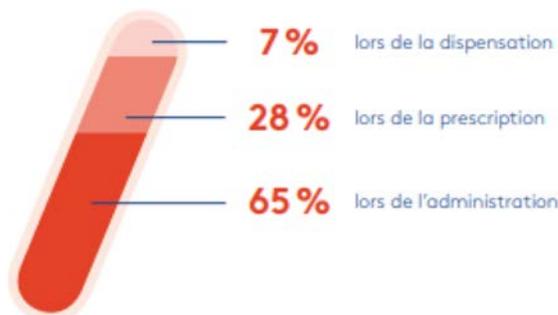
L'INSÉCURITÉ MÉDICAMENTEUSE EN CHIFFRES

RAPPORT EIGS HAS – DÉCEMBRE 2020

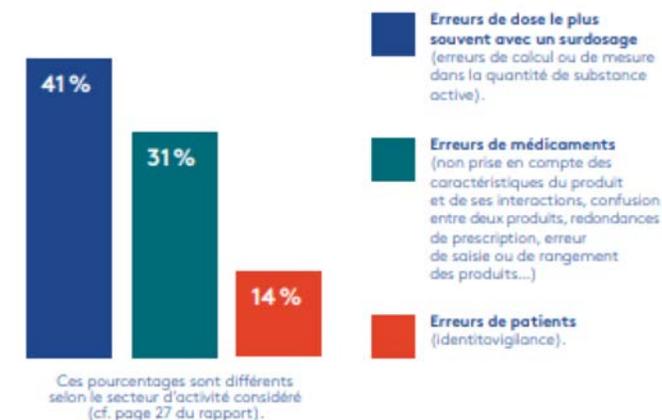
Les catégories d'erreurs



À quel moment surviennent-elles ?



Les 3 types d'erreurs déclarées les plus fréquentes Elles représentent 86 % de l'ensemble des erreurs médicamenteuses déclarées.



Les 4 classes de médicaments les plus concernées selon la classification internationale Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC)



La classe ATC relative au système nerveux (32%)



La classe ATC relative aux médicaments à visée cardiovasculaire (8%)



La classe ATC relative au sang et organes hématopoïétiques (20%)



La classe ATC relative aux médicaments des voies digestives et du métabolisme (7%)

POUR PRÉVENIR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES, IL FAUT...

LES REPÉRER

NATURE DE L'ERREUR MÉDICAMENTEUSE

7 NATURES D'ERREUR

Erreur de patient

Erreur d'omission

Erreur de médicament

Stratégie thérapeutique, protocole thérapeutique, redondance, ajout, contre indication, forme galénique, médicament erroné, injustifié, détérioré, périmé, etc...

Erreur de dose- Surdose

Dosage, posologie, concentration, volume, débit de perfusion, durée de perfusion, durée d'application, etc ...

Erreur de dose- Sous-dose

Dosage, posologie, concentration, volume, débit de perfusion, durée de perfusion, durée d'application, etc ...

Erreur sur les modalités d'administration

Voie, durée d'administration, technique d'administration, etc ...

Erreur de moment de prise

Erreur de durée de traitement

NIVEAU DE RÉALISATION DE L'ERREUR

EM potentielle

Risque d'erreur ou circonstance susceptible de provoquer une erreur

EM avérée et interceptée avant d'atteindre le patient

Erreur avérée par omission ou par commission qui est interceptée avant d'atteindre le patient

EM avérée et identifiée après avoir atteint le patient

Erreur avérée par omission ou par commission qui a atteint le patient, qui est détectée puis éventuellement traitée pour en atténuer les conséquences cliniques

NIVEAU DE GRAVITÉ DES CONSÉQUENCES DE L'ERREUR

9

Mineure

EM sans conséquence clinique pour le patient

Significative

EM avec surveillance indispensable mais sans conséquence clinique pour le patient

Majeure

EM avec des conséquences cliniques temporaires pour le patient.

EM à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible qui nécessite un traitement ou une intervention ou un transfert vers un autre établissement et qui induit ou allonge le séjour hospitalier

Critique

EM avec conséquences cliniques permanentes pour le patient.

EM à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible

Catastrophique

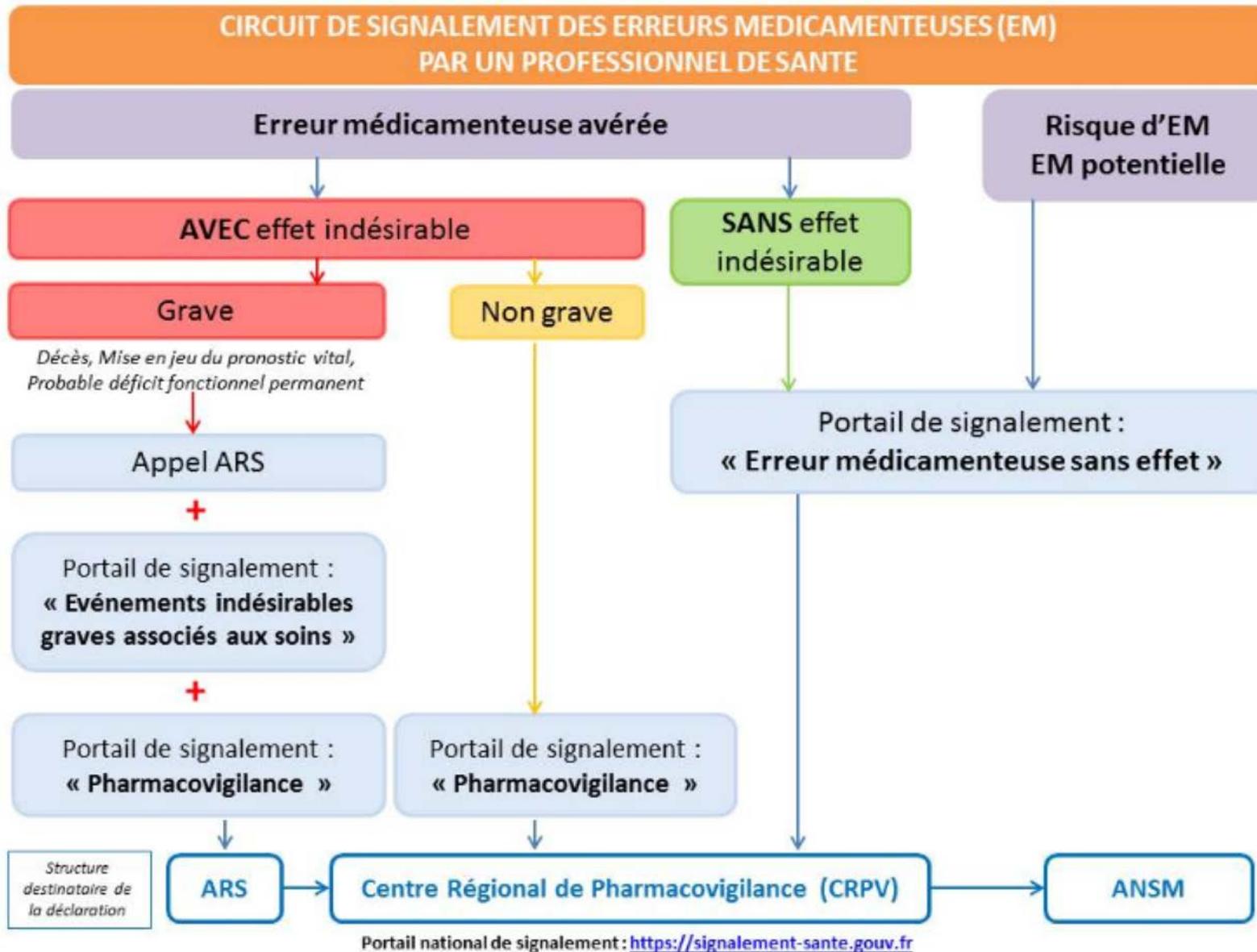
EM avec mise en jeu du pronostic vital ou décès du patient

ETAPE DE SURVENUE DE L'ERREUR MÉDICAMENTEUSE

- Toutes les étapes sont à risque :
 - Identification du patient
 - Prescription : décision médicale, rédaction
 - Dispensation
 - Administration
 - Suivi thérapeutique
 - Information
 - Logistique
- Mal stockés, mal prescrits, mal délivrés ou encore mal administrés, les médicaments peuvent potentiellement être la source d'effets préjudiciables graves, de handicaps voire de décès pour les patients

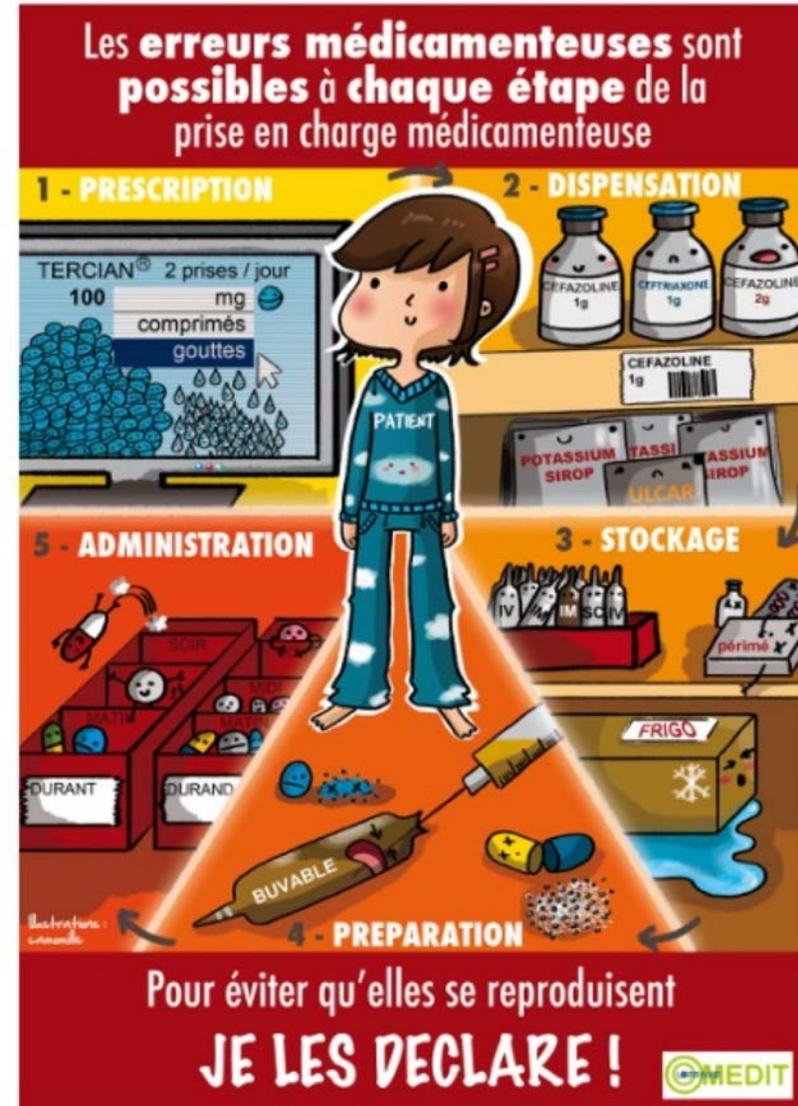
POUR PRÉVENIR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES, IL FAUT...

LES DECLARER



ON PEUT/DOIT AUSSI

- Déclarer en interne
 - À l'unité
 - Au PAM
 - À l'établissement
- Intérêt de la charte de confiance



POUR PRÉVENIR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES, IL FAUT...

LES ANALYSER

LA MÉTHODE D'ANALYSE

Systemique

Rétrospective

Collective

Pluriprofessionnelle

DOIT PERMETTRE

D'identifier les facteurs contributifs

De mettre en place des dispositifs de maitrise

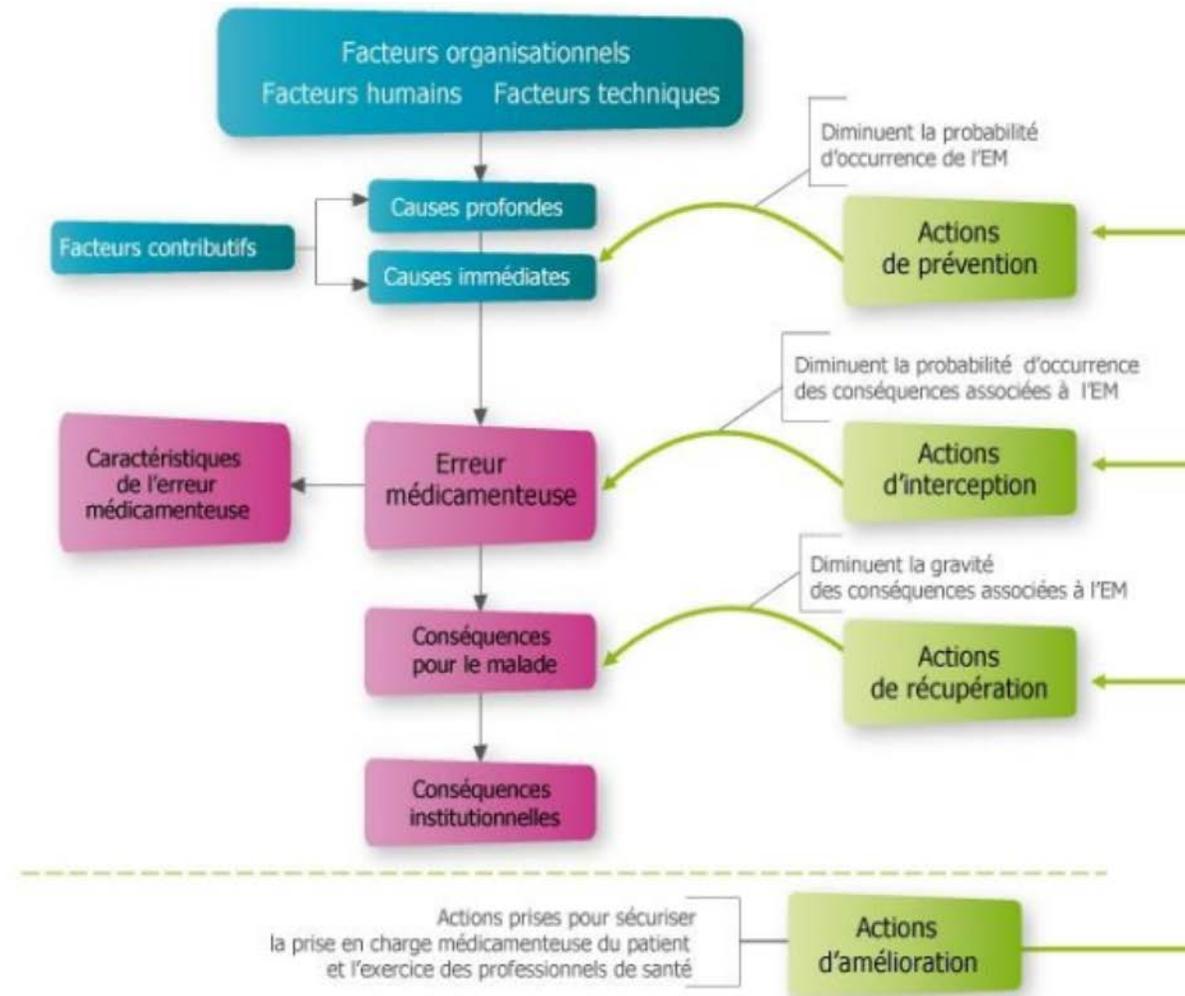
De retrouver la confiance

IDENTIFIER TOUS LES FACTEURS CONTRIBUTIFS



ET EN PRATIQUE...

LES ACTIONS D'AMÉLIORATION



OMS, DES MESSAGES CLÉS POUR LES SOIGNANTS

- L'OMS invite en particulier les soignants du monde entier à un ensemble d'actions de prévention.
 - Maintenir à jour leurs compétences en matière de pratiques sécuritaires de médication
 - Engager les patients par le biais d'une prise de décision partagée à l'aide d'outils tels que les cinq moments pour la sécurité des médicaments et mettre en œuvre des actions d'information et de vérification avant de leur donner des médicaments
 - Fournir des informations claires et complètes sur les médicaments à tous les membres de l'équipe clinique tout au long du processus de soins
 - Signaler les incidents liés à la sécurité des médicaments, et partager et appliquer les leçons apprises avec leur équipe et leurs patients lorsque cela est possible
 - Être conscients des situations où le risque lié aux médicaments est élevé et à s'assurer que les mesures de sécurité sont suivies ;
 - Mentorer les nouveaux membres de leur équipe sur les systèmes et pratiques sécuritaires de médication

EN FRANCE, CE QUE PROPOSE LA HAS

- l'évitement des [erreurs de curares par un stockage adapté](#) ;
- la prévention des [erreurs de doses en évitant les erreurs de calcul](#). Cette fiche met en lumière une défaillance de tous les professionnels de santé dans la maîtrise, à la fois des fondamentaux du calcul (unités de masse, de volume, de temps, conversions, concentrations, dilutions débits...) et de la règle de trois indique la HAS qui mentionne par ailleurs d'autres fiches dédiées aux erreurs médicamenteuses, en particulier avec [le potassium](#) ou [autres médicaments à risque](#) ;
- la limitation des interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments car il s'agit bien de situations à risque d'erreurs. Sur ce sujet, la HAS met ainsi à disposition des professionnels une série d'outils : un [guide](#), un film à visée pédagogique, un kit d'audit ainsi qu'un mode d'emploi des [enseignements](#) issus du retour d'expérience de sept régions et un [4 pages](#) pour mieux appréhender les éléments clés ;
- [la conciliation des traitements médicamenteux](#), une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins ;
- [les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS](#), médicaments en particulier ;
- l'information du patient et le respect des bonnes pratiques d'utilisation des médicaments. À ce propos, le [référentiel de certification des établissements de santé](#) met un accent particulier sur le risque lié aux médicaments ;
- l'auto-administration des médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (recommandations à venir), suite notamment à la modification de la réglementation en la matière.

LES BONNES PRATIQUES

- Favoriser l'appropriation de la culture de l'erreur
 - Déclarer, analyser, partager en équipe
- Sensibiliser au respect des bonnes pratiques de prescription, dispensation, d'administration :
 - Analyse régulière des pratiques
 - Formation ++++
- Prévenir et limiter les conséquences des erreurs médicamenteuses :
 - Conciliation
 - Médicaments à risque
 - Information sur les never events

LES BONNES PRATIQUES

TOUS CONCERNES DANS LE CADRE DE NOS PRATIQUES !

- Une prise de conscience de chaque professionnel
- Une vigilance coordonnée au sein de chaque équipe

ATTENTION aussi à l'INTERRUPTION de TÂCHES !

MESSAGES CLES

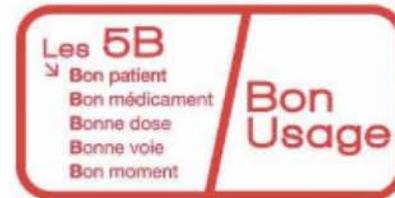
PRESCRIPTION

- Protocoles consensuels pré-établis & Recommandations disponibles
- Prescription claire et précise

SUIVI – RÉÉVALUATION du TRAITEMENT

- Surveillance adaptée
- Mesures de récupération/atténuation connues et maîtrisées

TOUS PLUS VIGILANTS !



DISPENSATION

- Analyse pharmacothérapeutique de prescription
- Délivrance selon modalités définies/adaptées

STOCKAGE

- Zone dédiée et identifiée (alerte)
- Respect consignes spécifiques

PREPARATION & ADMINISTRATION

- Vérifier, Analyser, Comprendre la prescription
- Lire à voix haute l'étiquette du médicament
- Etiquetage de la préparation selon recommandations
- Rigueur, Précision, Surveillance et Traçabilité
- Précautions en fin de perfusion (rinçage, etc.)

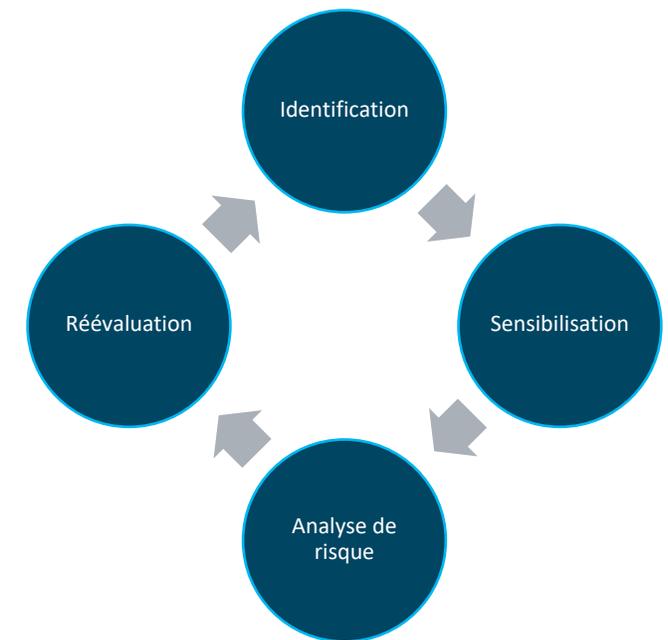
PRÉVENIR LES ERREURS EN RÉANIMATION

- Préparation - Reconstitution
 - Étiquetage selon code couleur international
 - Lecture attentive de l'étiquetage
 - Protocolisation
 - Réalisation extemporanée : je prépare, j'administre
- Administration
 - Pompes, Pousses-seringues reliés à des bases intelligentes
 - Lignes de perfusion
 - Règle des 5B
- Interface homme-machine
 - Utilisation de détrompeurs

LES MÉDICAMENTS À (HAUT) RISQUE - MHR

- Présentent un risque accru de causer des préjudices importants au patient et/ou aux professionnels
- 75% des erreurs concernent ces médicaments

- 1) Les professionnels (médicaux et paramédicaux) identifient en équipe leur propre liste de médicaments à haut risque
- 2) Les professionnels de chaque équipe sont sensibilisés aux risques spécifiques induits par l'utilisation des MHR
- 3) Pour chaque médicament à haut risque priorisé au sein de l'équipe, une analyse d'utilisation du médicament (prescription, dispensation, stockage, préparation de l'administration et administration, suivi et réévaluation du traitement), est conduite en équipe pluri professionnelle et suivie de la mise en œuvre d'un plan d'actions de sécurisation des pratiques si nécessaire
- 4) Un suivi rapproché et une éventuelle réévaluation par l'équipe des actions de sécurisation des pratiques (notamment lors de la survenue d'évènements indésirables impliquant un MHR) sont mis en place



LES NEVER EVENTS

LES ÉVÈNEMENTS QUI NE DEVRAIENT JAMAIS ARRIVER...

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
- Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors oncologie)
- Erreur d'administration d'insuline
- Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
- Erreur d'administration de gaz à usage médical
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidoses de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie

POURQUOI LIRE À VOIX HAUTE ?

C3 M355493 357 B13N D1FF1C1L3 4 L1R3,
M415 V07R3 C3RV34U 5'4D4P73 R4P1D3M3N7.
4U C0MM3NC3M3N7 C'357 D1FF1C1L3,
M415 M41N73N4N7 V0U5
Y P4RV3N3Z 54N5 D1FF1CUL73
C3L4 PR0UV3 4 QU3L P01N7
V07R3 C3RV34U L17 4U70M471QU3M3N7
54N5 3FF0R7 D3 V07R3 P4R7.

POURQUOI LIRE À VOIX HAUTE ?

Lis sans t'arrêter,
même si ça te paraît bizarre !

Selon une étude de l'Université de Cambridge, l'ordre des lettres dans un mot n'a pas d'importance, ce qui compte, c'est que la première et la dernière soient à la bonne place. Le reste peut être dans un désordre total et tu peux toujours lire sans problème. C'est parce que le cerveau humain ne lit pas chaque lettre elle-même, mais le mot comme un tout.

Bonne nouvelle pour les nuls en orthographe...

- Définition : arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine dont la raison est propre à l'opérateur ou externe à lui
- Altère le déroulement de l'activité avec perturbation de la concentration de l'opérateur

- Quelques chiffres :
 - Estimation de 6,7 IT/h/IDE
 - 53% des doses de médicaments administrés ont fait l'objet d'une IT
 - IT citée 40 fois comme contributive à la survenue de 295 erreurs médicamenteuses (étude MERVEIL)

NE PAS OUBLIER LE STOCKAGE!

- Un système de rangement clair et formalisé
- Des professionnels responsables du rangement et de sa vérification sont identifiés
- Des contrôles à périodicité définie et tracés
- Ne stocker que les médicaments nécessaires



QUELQUES FACTEURS CONTRIBUTIFS À NE PAS SOUS-ESTIMER

- Communication – Coordination – Concertation
- Conditions de travail
- Organisation du travail
- Formation
- Gestion du temps

MERCI

www.chu-lyon.fr



HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON